

平成30年 月 日

## 推薦書

岡山県がん診療連携拠点病院 岡山大学病院 病院長 殿

推薦者氏名 ㊟

施設名

職名

下記の者が、平成30年「岡山県がん化学療法看護指導者研修」の受講を希望しているため、必要書類を添えて推薦いたします。

### 記

受講希望者氏名

職位

連絡先（勤務先住所および所属部署）

〒

電話（所属部署）

e-mail

【様式2】

平成30年 月 日

## 受講希望理由書

岡山県がん診療連携拠点病院 岡山大学病院 病院長 殿

氏 名 ㊟  
施設名  
所 属  
職 名

平成30年「岡山県がん化学療法看護指導者研修」について、下記の理由で受講を希望いたします。

希望理由：